

RESIDENCES AUTONOMIE SENIORS NON MEDICALISEES

CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ADMISSION

(A faire remplir par le Médecin Traitant,
destiné au Médecin coordonnateur des Résidences Autonomie)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE ACTUELLE :

N  DE TELEPHONE :

ADRESSE MAIL :

PERSONNE(S) REFERENTE(S) (nom et n t l phone) :

ANTECEDENTS MEDICAUX (y compris psychiatriques) :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIES :

ETAT CLINIQUE ACTUEL :

- **Cardio-vasculaire** : T.A. Troubles du rythme
Angor d'effort Angor de repos
Stimulateur cardiaque Périmètre de marche
- **Pneumologique** : Insuffisance respiratoire
Bronchite chronique Tabagisme
- **Appareil digestif** : Etat dentaire
Insuffisance hépatique Cirrhose
Alcool Incontinence fécale
- **Appareil uro génitale** : Incontinence urinaire
- **Appareil locomoteur** : Téléalarme Prothèse(s)
Troubles de l'équilibre Canne/déambulateur
- **Neurologique** : Troubles de la mémoire
Désorientation Score MMS
AVC Séquelles d'AVC
Déficit moteur Chutes

- Psychologique : Syndrome anxio dépressif

Troubles du sommeil Troubles relationnels
Troubles du comportement Syndrome de Diogène
Suivi psychiatrique (CMP/libéral – coordonnées)
Hospitalisations en secteur psychiatrique (années)

- Neuro-sensoriel : Acuité visuelle Acuité auditive

- Traitement actuel complet joindre la/les dernière(s) ordonnance(s)

- Affections limitant l'autonomie :

- Vie Sociale :

- Sorties extérieures	seul (e)	accompagné (e)
- Utilisation des transports en commun		
- Démarches administratives		
- Courses		
- Cuisine		
- Hygiène corporelle	seul (e)	aidé (e)
- Vie relationnelle	sociabilité	
- Intervenants à domicile :	infirmier	
	auxiliaire de vie	
	aide ménagère	

-PIECES A JOINDRE :

- la/les dernière(s) ordonnance(s)
- grille GIR complète et le score GIR
- le/les dernier(s) compte rendu(s) d'hospitalisation

Je soussigné Docteur certifie que l'état de santé et le degré d'autonomie de Mme.- M.sont compatibles avec une vie en semi-collectivité au sein d'une Résidence Autonomie Séniors Non Medicalisée.

Date :

Tampon + Signature du médecin :